

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
ZULEIKA TEREZINHA TORRES PEREIRA

**CONSOLIDAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE: contribuição para integração hospital
- unidade básica de saúde na assistência a gestantes de alto risco da região
Oeste do Paraná**

CURITIBA
2013

ZULEIKA TEREZINHA TORRES PEREIRA

**CONSOLIDAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE: contribuição para integração hospital
- unidade básica de saúde na assistência a gestantes de alto risco da região
Oeste do Paraná**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Márcia Helena de Souza Freire

CURITIBA
2013

AGRADECIMENTOS

A Jesus Cristo meu Senhor e Salvador. Há algum bem neste mundo que possa ser comparado à salvação? Ele me proporcionou a dádiva mais preciosa, a vida, e ainda me deu a honra de ter acesso ao Pai.

Ao amor da minha vida, Jorge Gustavo, que é meu maior incentivador na busca pelo conhecimento, nas horas de estudos e nos meus sonhos. Obrigada por revestir nosso casamento de oração, carinho, amor, dedicação, servidão e compromisso.

Ao nosso pequeno grande Uriel que nos traz alegrias e infindáveis ensinamentos.

À professora Doutora Márcia Helena de Souza Freire, orientadora deste trabalho, por sua orientação competente e afetiva, por confiar em minhas escolhas, pelo incentivo constante mesmo em meio as minhas ansiedades e temores, e por transmitir através de seu exemplo de extremo profissionalismo e respeito, a satisfação em aprender e compartilhar o aprendido na área materno infantil.

Às amigas de especialização Thâmella e Francielle que compartilharam de ansiedades, medos, risos e muitas idas e vindas ao PTI.

A todos os professores da especialização que nos transmitiram seus conhecimentos, experiências e filosofias.

Ao Hospital Ministro Costa Cavalcanti, por disponibilizar o uso dos dados, em especial ao Dr Valter Teixeira, grande incentivador deste projeto.

A todos que de uma forma ou outra contribuíram para a conclusão deste trabalho.

“E se alguém tem falta de sabedoria,
peça-a a Deus, que a todos
dá liberalmente,
e o não lança em rosto,
e lhe será dado.
(Tg 1:5 – A Bíblia)

RESUMO

A estratégia Rede Mãe Paranaense implantada no Estado do Paraná, em 2012, tem como objetivo final reduzir a mortalidade materna e infantil. Para o alcance desse objetivo vale-se especialmente, em seu processo de desenvolvimento, da integração entre as esferas da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, mediante o trabalho de estratificação do risco da gestante e da criança, e concomitante encaminhamento para unidades tipificadas e autorizadas/credenciadas para a devida assistência. Nesse sentido, apresenta-se um Projeto Técnico que tem como objeto de intervenção o processo de comunicação entre os serviços de atenção hospitalar e atenção básica em saúde que compõem a linha de cuidado à gestante e ao recém-nascido, configurando a rede de atenção materno-infantil no município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná. A proposta vem ao encontro da organização dos serviços de atenção à gestante de alto risco, da 9ª RS, e está em consonância com os atributos da Rede de Atenção à Saúde, prevendo: uma melhor qualidade do cuidado, a sobrevivência materna e infantil, bem como a redução dos gastos públicos. Portanto, propõe-se um Projeto Técnico Piloto de consolidação da Rede de Atenção à Saúde em seus pontos de atenção às gestantes de alto risco do município de Foz do Iguaçu, Paraná, 2013. Este projeto terá como instâncias envolvidas, a atenção básica de saúde e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti que é referência para as gestações de alto risco, daí a ser denominado de Projeto Piloto, pois não abrangerá a totalidade dos hospitais do município. Este projeto constituir-se-á de três etapas, sendo a primeira delas a interação entre as instituições envolvidas, momento de constituição de um Comitê Gestor; num segundo momento realização de reuniões programadas com os atores envolvidos diretamente no processo assistencial desta população, e num terceiro momento, a implantação/integração dos sistemas de informações das diferentes esferas e níveis assistenciais a fim de promover a integralização das ações realizadas com o público materno-infantil e, sobretudo, prestar um atendimento individualizado, humanizado, seguro e com qualidade a esta porção da população. Assim espera-se evidenciar os benefícios de um projeto que pode ser adotado pela 9ªRS que tenha efetivo impacto sobre os indicadores de morbi-mortalidade materna e do recém-nascido.

Palavras-chave: Saúde Reprodutiva; Integração de Sistemas; Qualidade da Assistência e Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Estratificação de risco gestacional segundo a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Curitiba, 2012.....	18
Quadro 2 -	Lista de atividades do projeto com objetivos, responsáveis e participantes de cada etapa.....	35
Quadro 3 -	Previsão Orçamentária do Projeto.....	37
Figura 1 -	Correlação entre o número total de partos dos últimos 6 meses (maio a outubro) e o número de óbitos fetais ocorridos no HMCC.....	30
Figura 2 -	Correlação entre o número total de partos dos últimos 6 meses (maio a outubro) e o número de puérperas encaminhadas à UTI no HMCC.....	31

LISTA DE SIGLAS

9ª RS – 9ª Regional de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAGE – Centro de Atendimento à Gestante

DNV – Declaração de Nascido Vivo

FSI – Fundação de Saúde Itaipuapy

HMCC – Hospital Ministro Costa Cavalcanti

MM – Morte Materna

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PMFI – Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RMM – Razão de Morte Materna

SAMU – Serviço Atendimento Móvel de Urgência

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	APRESENTAÇÃO/ PROBLEMÁTICA.....	9
1.2	OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	12
1.3	JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO.....	12
2.	REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	14
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS E LINHA DE CUIDADO À GESTANTES – ESTRATÉGIA REDE MÃE PARANAENSE E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	14
2.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO À GESTANTE JUNTO A REDE DE ATENÇÃO.....	21
3.	METODOLOGIA.....	23
4.	A ORGANIZAÇÃO.....	26
4.1	HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI.....	26
4.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA – FALTA DE INTEGRAÇÃO DO SISTEMA DE REDES.....	29
5.	PROPOSTA.....	33
5.1	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	33
5.2	PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	33
5.3	RECURSOS.....	37
5.4	RESULTADOS ESPERADOS.....	38
5.5	RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	39
6.	CONCLUSÃO.....	41
7.	REFERÊNCIAS.....	42

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/ Problemática

Apresenta-se um Projeto Técnico que tem como objeto de intervenção o processo de comunicação entre serviços de atenção hospitalar e de atenção básica em saúde, os quais compõem a linha de cuidados à gestante, no pré-natal, parto, nascimento, e ao recém-nascido, e configuram a rede de atenção materno-infantil no município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná.

Esta proposta, é delineada com a visão de que, para a garantia do atendimento integral e humanizado à gestante deva haver repasse de informações importantes e fundamentais entre as instâncias de atendimento ao pré-natal e ao parto e que esta sintonia na rede de atenção aumente potencialmente o seu impacto na melhoria da qualidade do cuidado à gestante no processo gestacional, ao seu trabalho de parto, ao nascimento de seu filho, com dignidade e garantia da preservação de suas vidas.

Como instituição Hospitalar envolvida nesta proposta tem-se o hospital filantrópico, Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), que é um hospital de referência, para a gestação de alto risco, em especial, para residentes nos nove municípios da 9ª Regional de Saúde (RS), do estado do Paraná, com sede em Foz do Iguaçu. Como o maior Hospital credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento ao parto em Foz do Iguaçu, o HMCC também recebe gestantes de baixo risco e, de risco intermediário de Foz do Iguaçu e demais municípios da RS, portanto, permite-se dizer que o HMCC poderá vir a atender um segmento populacional de cerca de 131.639¹ mulheres em idade fértil, caso toda a população fosse usuária do SUS (DATASUS, 2010).

Chama-se a atenção para a situação geográfica do Município de Foz do Iguaçu por tratar-se de tríplice fronteira, e ao fato do incremento populacional

¹Fonte: DATASUS, 2010 – Mulheres em idade fértil são aquelas na faixa etária de 10 a 49 anos. Na sequência, discrimina-se a população de mulheres em idade fértil residente em municípios da 9ª RS, de acordo com o Censo populacional de 2010: Foz do Iguaçu 88.612; Itaipulândia 2.893; Matelândia 5.143; Medianeira 13.834; Missal 3.130; Ramilândia 1.280; Santa Terezinha de Itaipu 7.016; São Miguel do Iguaçu 8.364; Serranópolis do Iguaçu 1.367. (Fonte: Ministério da Saúde – Disponível em <www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2007_cap6.pdf>. Acesso em 16 Dezembro de 2013).

feminino, com a vinda de mulheres naturais, em especial, do Paraguai, as chamadas localmente de ‘brasiguaias’, bem como, da Argentina, que têm menor afluxo. Essa população, em geral, não recebeu atendimento pré-natal em solo brasileiro, ou quando recebe evidencia-se que em um número pequeno de consultas, e consequentemente com classificação do seu risco prejudicada, bem como a referência para vinculação ao parto. Fato que precipita atendimento desprovido de informações importantes para a condução do parto, o que poderá expô-las a um maior risco de vida, constituindo-se este grupo em população vulnerável, que prescinde de maior atenção (MELLO, 2013).

Neste contexto, evidencia-se que a integração entre as esferas da rede de atenção à saúde da gestante é valiosa, pois cumpre com o princípio constitucional (Lei 8.080/90) da integralidade (BRASIL, 1990). O setor hospitalar obtendo subsídios mais consistentes do processo gestacional poderá ter uma abordagem clínico-terapêutica mais assertiva, com provável redução no tempo de internação, e consequentemente com redução nos gastos públicos, gerando maiores chances de sobrevivência à gestante e criança: a esta dinâmica de cuidado chama-se de rede de atenção à saúde (RAS) (FEUERWERKER, CECÍLIO, 2007).

A abordagem integral propicia maior clareza das necessidades específicas da população, e constitui um dos atributos da RAS, com evidências das situações que preveem ações de recuperação e de promoção da saúde da mulher e de seu filho. Essas situações precisam ser informadas ao setor de atenção básica (contra-referência) a qual dará continuidade à assistência ao binômio, esta instância, é, sobretudo a norteadora do “caminhar” do cliente no sistema público de saúde, bem como gestora do seu cuidado (BRASIL, 1990; KUSCHNIR *et al.* 2012; FIOCRUZ, 2012).

Nesta perspectiva, no estado do Paraná, em 2011, foi implantada a Rede Mãe Paranaense, uma Rede de Atenção Materno Infantil, que visa, sobretudo, reduzir a mortalidade materna e infantil, e para tal, vale-se especialmente da integração entre os níveis de assistência a esse público, e propõe um trabalho com a estratificação de risco das gestantes e crianças. Este compromisso foi assumido no Plano de Governo para a Saúde 2011-2014 (PARANÁ, 2012).

Esta proposta de Projeto Técnico vem ao encontro desta organização dos serviços de atenção à gestante na 9ª RS em consonância com os atributos da RAS, e com impacto almejado, de garantia da qualidade do cuidado, sobrevivência materna e infantil e redução dos gastos públicos.

1.2 Objetivo Geral do Trabalho

Propor um projeto técnico piloto de consolidação da rede de atenção à saúde materno-infantil entre as esferas, hospitalar e básica, de atendimento às gestantes de alto risco, município de Foz do Iguaçu, Paraná, 2013.

1.3 Justificativas do Objetivo

Passadas mais de duas décadas, ainda observa-se dificuldade pelos serviços e profissionais de saúde em atender ao princípio da integralidade da assistência prevista na Lei 8080, de 1990 (BRASIL, 1990), pois constata-se que a atenção à saúde, de um modo geral, é fragmentada e muito voltada para a área curativa, com desvalorização da prevenção e da integração entre os diferentes níveis de saúde.

No princípio de integralidade, o SUS admite que seus serviços e ações devam ser articulados e atendam os cidadãos de forma plena, com o entendimento de que estes pertencem à uma localidade com cultura peculiar e que estão submetidos às mais diferentes situações de vida e trabalho. Prevê também a existência de determinantes sociais que devem ser levados em conta na atenção à saúde, e que estes eventualmente poderão levar os indivíduos à doença ou até mesmo a morte (BITTENCOURT, 2013).

Nesse sentido uma nova perspectiva de gestão é proposta por Mendes (2010), o sistema de Rede de Atenção à Saúde – RAS.

Segundo Kuschnir *et al.* (2012) a construção do sistema de rede em serviço é um desafio grandioso e complexo, pois compreende muitas interfaces, sendo a principal delas a interação funcional entre os níveis assistenciais. Dessa forma entende-se que a rede, deva ser organizada de forma articulada a fim de prover integralmente serviços de saúde à população de uma dada região, corroborando assim para a concretização do objetivo da Lei Orgânica da Saúde (KUSCHNIR *et al.*, 2012; BRASIL, 1990; PARANÁ, 2013a).

Na RAS, os conceitos de integração horizontal e vertical são observados, e há um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por

objetivos e estratégias interligadas, onde se permite então oferecer atenção integral e humanizada a uma determinada população. Nesta situação a atenção será, coordenada e orientada pela atenção primária de saúde, e deverá ser estruturada, acima de tudo, com base econômica e sanitária regionais (MENDES, 2010; PARANÁ, 2013a).

Neste sentido, Mendes (2010) afirma que há evidências de que os sistemas de atenção à saúde, baseados na atenção primária, tornam-se mais adequados, pois partem do princípio de integralidade de atendimento a cada população específica.

Sabe-se também que alguns segmentos populacionais necessitam de uma “maior” atenção, como exemplos, os indígenas, os portadores de necessidades especiais, os portadores de HIV, e por que não dizer, as mulheres em suas diferentes fases do ciclo reprodutivo. Essa população precisa de uma atenção oportuna e adequada voltada para a sua condição peculiar (BITTENCOURT, 2013).

Nesta ótica observa-se que o Estado do Paraná tem implantado desde 2012 a proposta da Rede Mãe Paranaense, que nasceu pelo exemplo exitoso do Programa Mãe Curitibana, para a melhoria dos indicadores de mortalidade materna e infantil. Esta proposta mantendo a atenção primária como ordenadora do cuidado, objetiva atuar com as mulheres gestantes desde o pré-natal, parto, puerpério e atendimento à criança, valendo-se como estratégia para organização da RAS, da estratificação do risco gestacional e infantil, de maneira a garantir a qualidade e a integralidade de atendimento a essa população (PARANÁ, 2012).

Portanto, é nesta perspectiva de uma assistência estruturada à gestante e bebê, de maneira organizada e articulada às diversas esferas da Rede de Atenção à Saúde materno-infantil esta proposta é justificada. Foca-se, sobretudo a importância da comunicação entre o nível primário e terciário com relação às gestantes classificadas como alto risco. Acredita-se que a integração entre o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) e a rede de atenção básica do município de Foz do Iguaçu, privilegiarão o alcance de um melhor atendimento às gestantes de risco e consequentemente a melhoria dos indicadores de saúde desta população.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 Políticas Públicas e Linha de Cuidado à Gestante – Estratégia Rede Mãe Paranaense e Estratificação de Risco

No ano de 2000, a Organização das Nações Unidas ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu os Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que devem ser atingidos pelos países signatários até 2015. Dentre estes objetivos, os de números 4 e 5 versam, respectivamente, sobre a redução da mortalidade na infância e melhorar a saúde da gestante, com vistas a diminuir o número de morte materna (ONUBR, 2014).

No período de 1990 a 2008, em 147 países houve uma diminuição na Razão de Morte Materna (RMM), mas essa evolução não atingiu o patamar mínimo de 5,5% ao ano, o que permitiria alcançar, até 2015, a redução de 75% da Morte Materna (MM), de acordo com o ODM (MUNIZ, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) morte materna se refere aos óbitos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, e que foram atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Tem como causa qualquer fator relacionado ou agravado pela gestação, ou medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (LAURENTI, 2000; BRASIL, 2007).

Para a promoção da saúde e prevenção da MM, em 1996 a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, que distribuem-se desde as aconselhadas até as desaconselhadas. Após quase 18 anos, as mesmas se mantêm bastante atuais, necessárias de incentivo e divulgação, pela pouca adesão dos serviços e profissionais. Essa classificação foi baseada em evidências científicas, através de pesquisas desenvolvidas no mundo todo. São relacionadas quatro categorias: Categoria A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C – Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; Categoria D – Práticas frequentemente usadas de modo inadequado. Essas práticas

ficaram conhecidas como Boas Práticas² para o Parto e o Nascimento (ABENFO, 2009).

Claramente essas práticas tem com o principal objetivo prestar uma assistência à mãe e a criança de “modo saudável, com o menor nível de intervenção compatível com a segurança”, visto que entende-se o parto normal como um processo natural da mulher (ABENFO, 2009 p. 10).

O Ministério da Saúde (MS) tem avançado nas estratégias de promoção da atenção à saúde deste segmento, tendo como foco a atenção integral, humanizada e com qualidade. Baseado nesses pilares o MS lançou alguns programas e políticas públicas específicas para as mulheres em seu ciclo gravídico puerperal, dentre essas se citam o Programa Humanização no Parto e Nascimento (PHPN), o Manual Técnico de Atenção Qualificada no Pré-Natal, Parto e Puerpério, e, por último, a Rede Cegonha (BRASIL, 2005; BRASIL, 2002).

O PHPN foi instituído pela Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, com o principal objetivo de assegurar o acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento no ciclo gravídico puerperal. Programa que previu a humanização desde o primeiro momento da assistência à saúde da mulher, até a chegada de seu filho; bem como a continuidade desse atendimento, seja pela puericultura, pelo planejamento familiar, ou outros programas correlatos (BRASIL, 2002).

O Manual Técnico de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, versa justamente sobre como atingir essa humanização e atenção qualificada para a área materno infantil. Os esforços coletivos eram necessários para melhorar essa qualidade de atendimento, assim, o Manual foi lançado com a “finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação e a normatização das práticas de saúde” para essa população (BRASIL, 2000; BRASIL, 2005).

² Boas Práticas em saúde são técnicas identificadas como as melhores para se realizar uma determinada tarefa. É a forma correta de atuação do profissional que a executa, garantindo sempre a segurança do paciente e a qualidade do serviço prestado. (Fonte: Segurança do Paciente e Boas Práticas em Saúde – COREN SP. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.unimed.coop.br%2Fpct%2Fservlet%2FServletDownload%3Fid%3DMjE0NzUwMjc3OQ%3D%3D&ei=DivkUpW9OcygkQey14DABA&usg=AFQjCNEA1QTPEjbOTKNV6KgqvDE58ciA&vm=bv.59930103,d.eW0> . Acesso em 21 de Janeiro de 2014.

O MS propôs, em 2004 a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, como um marco para ações de impacto, específicas para mulheres e seus recém-nascidos. Neste Pacto, a implantação dos Comitês de Prevenção Morte Materna e Infantil, foram uma das ações estratégicas, e é sem dúvida uma importante ação para a constante melhoria do sistema de registro desses óbitos. Como consequência houve um aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis relativas à mortalidade materna, perinatal e infantil. Com base nesses dados, estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de atenção à mulher. Os objetivos dos Comitês são “identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes” (BRASIL, 2007 p. 34).

Como mais recente política pública nacional tem-se a Rede Cegonha que tem como proposta corroborar com a atenção qualificada e integral a gestante, foi instituído pela Portaria GM 1459/2011. Constitui-se em um pacote de ações que visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres, assim sendo, oferece assistência desde o planejamento familiar, pré-natal quando da identificação da gestação, o parto, puerpério, cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro pilares específicos: I - pré-natal, II - parto e nascimento, III - puerpério e atenção integral à saúde da criança e IV Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação. As diretrizes da Rede Cegonha, centradas na organização e integração interna da rede de assistência à saúde (RAS) materno-infantil, são o acolhimento com avaliação e classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade, humanização e resolutividade; acesso às ações de planejamento familiar (BRASIL, 2011).

Assim, entende-se que a Rede Cegonha tem como principal objetivo a promoção de um novo modelo de atenção à mulher, em seus ciclos da vida, que vai desde o momento da descoberta da gestação, o pré-natal, o parto o puerpério, o planejamento familiar e o desenvolvimento da criança, e todas essas ações visam

ainda um objetivo maior que é a redução da morbi-mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Nesta condução o governo estadual do Paraná tem trabalhado no sentido de abordar integralmente a saúde da mulher neste período tão importante que é a gestação. E lança a Rede Mãe Paranaense, como estratégia Estadual, voltada à atenção materna e infantil, a qual atende ao preconizado pela Rede Cegonha. Ou seja, uma proposta que visa o atendimento à necessidade de adequação ao modelo de Rede de Atenção à Saúde, proposto por Mendes (2010), no qual os conceitos de integração horizontal e vertical são observados (PARANÁ, 2012).

Como um dos componentes da Estratégia da Rede Mãe Paranaense, acontece também a implantação do Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos – o HOSPSUS. Este vem corroborar para a reflexão dos gestores acerca do atual modelo de atenção à saúde do Estado do Paraná, para atender os completos problemas de saúde que nossa população enfrenta atualmente (PARANÁ, 2013b).

A Rede Mãe Paranaense tem como principais metas a redução da mortalidade materna e da mortalidade infantil mediante a garantia do funcionamento desta rede de assistência em todo o Estado. A estratégia vale-se especialmente da integração entre os diversos níveis, ou esferas, de assistência a esse público (PARANÁ, 2012; PARANÁ, 2013b).

Para atender as gestantes com equidade e integralidade o governo do Estado, através da sua Secretaria de Saúde, avaliou os principais problemas relacionados à mortalidade materno-infantil bem como seus fatores de risco, e delimitou então sua organização dentro dos serviços na lógica da estratificação de risco (PARANÁ, 2012).

A estratificação de risco é uma orientação para a organização da atenção em suas esferas, a saber: primária, secundária e terciária. Na atenção secundária, o atendimento geralmente é ambulatorial e feito por uma equipe multidisciplinar, esse nível do sistema de rede é acionado quando a gestante, RN ou a criança é identificada como risco intermediário ou alto risco. A sua principal função é complementar a assistência oferecida pela atenção primária (PARANÁ, 2012).

Na atenção terciária, o atendimento geralmente se dá no momento do parto ou durante a gestação para tratamento clínico. No hospital/maternidade a gestante e seu conceito receberão toda a assistência necessária, e deve contar com a disponibilidade de todas as intervenções necessárias. Um dos papéis desta esfera é o preparo para a alta, que deve incluir orientações necessárias e encaminhamento para a atenção primária à saúde, ou seja, a contra-referência. Esta gestante/puérpera após o devido atendimento hospitalar deve retornar para a Atenção Primária em Saúde, a qual é ordenadora do seu cuidado, esta é que referencia as gestantes para as demais esferas de atenção em uma RAS (PARANÁ, 2012).

Segundo a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense são elencados três graus de risco para as gestantes: o habitual, o intermediário e o alto risco, como detalha o Quadro 1 (PARANÁ, 2012).

Quadro 1: Estratificação do risco gestacional segundo a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Curitiba, 2012.

ESTRATIFICAÇÃO	DEFINIÇÃO
RISCO HABITUAL	Não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.
RISCO INTERMEDIÁRIO	São para gestantes que apresentem fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior.
ALTO RISCO	<p>Gestantes que apresentam os fatores de riscos a seguir:</p> <p>Condições clínicas pré-existentes: Hipertensão Arterial, Dependência de Drogas Lícitas e Ilícitas, Cardiopatias, Pneumopatias, Nefropatias, Endocrinopatias (em especial Diabetes e tireoideopatia), Hemopatias, Epilepsia, Doenças Infecciosas, Doenças Autoimunes, Ginecopatias, Neoplasias, Obesidade Mórbida, Cirurgia Bariátrica, Psicose e Depressão Grave;</p> <p>Intercorrências Clínicas: Doenças infectocontagiosas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc); Doença Hipertensiva Específica da Gestação Atual, Doença Clínicas Diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias e endocrinopatias), Retardo do Crescimento Intrauterino, Trabalho de Parto Prematuro, Placenta Prévia, Amniorrexe Prematura (abaixo de 37 semanas), Sangramento de origem uterina, Isoimunização Rh (Rh negativo), Má-formação fetal confirmada, Macrosomia do conceito com patologias”.</p>

Fonte: Linha Guia (PARANÁ, 2012. p.12), colorido do sombreamento do autor.

A utilização dessa estratificação de risco, que deverá ser realizada pelo médico a cada consulta, é que deverá orientar a gestante no trânsito pelas esferas de sua RAS (PARANÁ, 2013b; PARANÁ, 2012). Percebe-se assim que o modelo de assistência orientado pela RAS está focado na usuária e na (re)organização de todo o sistema de atenção, respeitando suas individualidades, apoiando a integração entre os serviços das linhas de cuidado à mulher, à criança, e sobretudo, com a garantia de um atendimento oportuno e seguro para mãe e conceito.

Cada esfera do sistema de atenção à saúde tem sua importância e dever dentro dessa rede, vale destacar a parcela de atuação do sistema terciário, o nível hospitalar. Na Rede Mãe Paranaense, o nível terciário deve ser apresentado à mulher ainda durante a gestação, essa gestante, portanto, deve conhecer o serviço que utilizará no momento de seu parto (PARANÁ, 2012).

Na proposta da Rede Mãe Paranaense o hospital, com tem seu papel bem definido, ele precisa cumprir alguns requisitos básicos que o tipificam conforme as diretrizes discriminadas na Linha Guia. Suas principais funções são “o atendimento à gestante em trabalho de parto e/ou tratamento clínico, realizar o parto; atender o RN; realizar teste do pezinho; completar a carteira da gestante; preencher a carteira da criança; dar alta com orientações e encaminhamento para atenção primária em saúde” (PARANÁ, 2012, p. 28).

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti, por sua vez, foi cadastrado como um hospital de referência ao atendimento das gestantes de alto risco, para os municípios da 9ª Regional de Saúde, pois sua estrutura atende à tipologia evidenciada na Linha Guia: (PARANÁ, 2012).

- Dispor de equipe médica com obstetra, pediatra, anestesista, intensivista e de enfermagem 24h;
 - Aderir à vinculação do parto de Alto Risco;
 - Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante;
 - Ofertar condições para o parto natural;
 - Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
 - Realizar a vacina contra hepatite B;
 - Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
 - Dispor às centrais de leitos e regulação estadual, do número acordado de vagas, para os municípios da sua vinculação.
- Na Atenção Terciária, a Rede Mãe Paranaense se organiza em pontos de atenção hospitalar nas regionais de saúde e/ou macrorregionais. Esses hospitais contam com UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatorios

para o pré-natal de risco e garantem o atendimento da gestante de alto risco a eles vinculado. (PARANÁ, 2012. p.29-30)

Ainda corroborando com requisitos da estratégia Mãe Paranaense, o HMCC, é um Hospital Amigo da Criança (IHAC), assim apoia e promove o aleitamento materno, de acordo com os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” preconizados pelo Ministério da Saúde e OMS (UNICEF, 2009).

Ainda, disponibiliza o Curso de Gestantes, cujo programa oferece orientações variadas com temas relacionados à gestação, parto e puerpério. Estas são fornecidas por equipe multiprofissional composta por médico obstetra, enfermeiras do alojamento conjunto, nutricionistas, fonoaudiólogas, fisioterapeutas, enfermeiras de UTI neonatal, psicóloga e assistente social, privilegia-se a participação de profissionais do gênero masculino que já possuam a experiência da paternidade para contemplar o papel do homem nessa etapa da vida da mulher e o auxílio ao aleitamento materno. Assim, são abordadas desde mudanças no corpo com a gestação, como exercícios para alívio das dores, nutrição de feto e mãe, cuidados e preparos das mamas, *shantala*, cuidados com o RN, parto humanizado e sinais de trabalho de parto, dentre outros de interesse das gestantes e seus acompanhantes (HMCC, 2012).

Porém, o que se percebe empiricamente, é que a maioria das gestantes que procuram o Curso, são aquelas vinculadas ao atendimento convênio e particular, ficando a desejar a abordagem às gestantes conveniadas ao SUS. Acredita-se que mediante a integração entre os níveis assistenciais, essa parceria possa ser consolidada e as gestantes usuárias do SUS possam também participar do Curso de Gestantes, e que os esforços possam traduzir-se em ações integradas, que promovam à mulher um atendimento seguro e de qualidade-

Tendo em vista a importância de estratégias como estas, e o compromisso firmado pelo hospital, torna-se importante o estabelecimento de mecanismos para integrar as ações desta atenção terciária com as demais esferas de atenção, ou seja, nesta situação com o nível primário. E para que estas ações sejam consistentes, a qualificação e, sobretudo, a reflexão crítica desta importância, são pilares fundamentais para a atuação profissional.

2.2 A atenção primária em saúde como ordenadora do cuidado à gestante junto à rede de atenção.

Para iniciarmos essa integração de cuidados na linha materno-infantil alinhada à proposta da Rede Mãe Paranaense, inicia-se com a compreensão e assimilação da proposta de Mendes (2010), a qual indica que a atenção primária é a ordenadora do cuidado, e, portanto, a porta de entrada na rede de atenção à saúde (MENDES, 2010).

A atenção primária é responsável pelo primeiro contato com a gestante, é ela que organiza todas as ações de pré-natal e as acompanha durante a gestação e puerpério, assim toda gestante tem como referencia uma Unidade Básica de Saúde, Unidade Saúde da Família, ou atualmente chamada de Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAP) (MENDES, 2010; PARANÁ, 2012).

Quando a gestante procura uma UBS ou UAP para iniciar o pré-natal, imediatamente ela é inscrita no SISPRÉNATAL, e automaticamente deverá ser avaliada para saber qual é o seu risco gestacional, a fim de ligá-la a um hospital de referência (PARANÁ, 2012).

Na estratégia Rede Mãe Paranaense, desenvolvem-se atividades de “busca precoce à gestante e crianças menores de um ano; oferta de pré-natal em quantidade e qualidade seguras: em especial vincular a gestante ao local onde será realizado o seu parto, estratificar o risco dessa gestação, e encaminhar caso seja necessário, a outro serviço de maior qualidade e complexidade”. Atividades estas realizadas pela atenção primária em saúde (PARANÁ, 2012).

Atrair a gestante o mais precocemente possível, acompanhá-la e também à criança logo após seu nascimento, são de suma importância para uma atenção humanizada e de qualidade. A estratificação de risco da gestante e criança visa proporcionar um atendimento adequado e oportuno, garantindo assim o princípio do direito à saúde (PARANÁ, 2012).

Todos os atendimentos realizados com a gestante e com o RN devem ser registrados em suas respectivas “Carteiras”, porém isso nem sempre acontece. As falhas nas anotações, por omissão ou por ilegibilidade, podem impedir a atenção

qualificada que deveria ser oferecida a essa população. É importante lembrar que essa carteirinha, tanto a da gestante como a da criança, é um documento, ou melhor, dizendo, um instrumento que permite a comunicação entre as equipes dos diversos níveis de atenção à saúde.

Esse intercâmbio de informações entre as esferas primárias e terciária, que é também chamado de referência e contra-referência, se converteria em melhoria da atenção primária, permitindo assim, sua organização, seu fortalecimento e a qualidade no atendimento a esta mulher. Assim, também o hospital com mais subsídios para o cuidado poderá otimizá-lo e qualificá-lo.

3. METODOLOGIA

Esta proposta de intervenção, no formato de um Projeto Técnico Piloto, adota as Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e Recém-nascido, apresentadas no Capítulo da revisão teórico empírica, como referencial teórico, de maneira mais específica a proposta da Rede Mãe Paranaense, explanada em sua Linha Guia.

O Projeto Técnico será implantado no município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, sede da 9ª Regional de Saúde, mais especificamente se trata de uma consolidação da rede de atenção à saúde das gestantes de alto risco, integrando a atenção básica e o hospital Ministro Costa Cavalcanti.

Para tanto, são planejadas basicamente três etapas de trabalho. Num primeiro momento, essa interação dar-se-á mediante reuniões entre os gestores para apresentação da proposta e socialização das situações de dificuldade no recebimento e condução das gestantes de alto risco. Serão utilizados estudos de casos ocorridos na própria instituição e fora dela para fomentar a discussão. Também será construída uma planilha-síntese da discussão discriminando os pontos de entrave, as possibilidades de resolução, o responsável pela condução da atividade, e aprazamento da ação. E será constituído, nesta etapa, um Comitê Gestor do Projeto Técnico que deverá acompanhar todo o desenvolvimento das etapas, com avaliações constantes para a readequação da condução sempre que necessário e também registro de todo o processo.

Na sequencia, serão programadas reuniões com os enfermeiros, tanto das UBS como do hospital, com uma proposta condutora no formato de educação permanente, visando o estreitamento do diálogo e a qualificação do cuidado à saúde materno-infantil. Serão abordados temas relativos ao pré-natal (incluindo a classificação de risco da mãe), parto/nascimento (com classificação de risco da criança), e puerpério/aleitamento materno, com base nos Manuais do Ministério da Saúde e na Linha Guia da Mãe Paranaense. Nesses encontros, ao emergirem os pontos de entraves, ou nós críticos do atendimento, na fala dos profissionais, os mesmos serão acrescidos na Planilha-síntese, caso ainda não constem dela.

Assim, pretende-se envolver os atores sociais responsáveis pelo cuidado direto, no planejamento e no desenvolvimento das ações de atenção materno-infantil. Incentivando as boas práticas. De todo este processo pretende-se gerar um Manual de Cuidados à Gestante de Alto Risco, compartilhado entre APS e HMCC, com ênfase em avaliações e anotações necessárias para qualificação do atendimento materno e infantil, para que haja multiplicação do conhecimento para o restante da equipe de saúde.

Como última etapa, a etapa dos sistemas de informação, pretende-se conhecer os sistemas de informação de cada esfera (municipal e hospitalar) para verificar a possibilidade de adaptação ao projeto, ou propor o sistema integrado de informação – o prontuário compartilhado.

Os usuários que irão manusear esses prontuários deverão ser cadastrados em um *site* ou num *link*, no qual haverá um termo de compromisso, que deverá ter o seu aceite, para que somente então, o servidor possa prosseguir com seu cadastro. Ainda para o cadastro, será necessária, a inserção de um e-mail válido, e a digitação de um código de segurança. (SAÚDE FOZ, 2013)

Então, o próprio usuário, criará uma senha de uso pessoal, intransferível. Logo após o usuário criar sua senha e receber o e-mail de confirmação do cadastro, entrará com seu *login* e senha, no *site* ou *link*, e classificará seu perfil, que será específico para cada categoria profissional, contudo, um podendo ver a evolução e prognóstico do outro, a fim de fornecer uma atenção integral à mulher e a criança.

O paciente já tem um número de cartão SUS, e nesta proposta, no momento em que ele for atendido, poderá ser digitado esse número ou então digitado o nome completo, sem abreviações, de maneira que então, possa ser localizado e preenchido pelos profissionais de saúde, facilitando o acesso aos dados e ao atendimento de forma holística.

4 . A ORGANIZAÇÃO

4.1 A 9ª Regional de Saúde – A Rede de Atenção Básica de Foz do Iguaçu e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti

A 9ª RS está situada na região extremo oeste do Paraná, em Foz do Iguaçu, município de fronteira internacional com Argentina e Paraguai, possui em torno de 366.336 mil habitantes que vivem em uma área de 618 km² (IBGE, 2010).

Quanto ao seu sistema de saúde, Foz, tem gestão plena da atenção, apresenta leitos SUS distribuídos em três hospitais: Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Dia Psiquiátrico Renascer, e o HMCC que é referência para o parto de alto risco. Com relação à atenção básica, o município é dividido em cinco distritos sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Nordeste que possuem USF e UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC) (PMFI, 2014).

No contexto municipal esse Projeto torna-se uma maneira de atingir algumas das ações propostas no mapa estratégico da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense.

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), fundado em 1979 pela Itaipu Binacional, inicialmente para atender aos trabalhadores contratados para a construção e operação da usina. Tal decisão, tomada na época, deu-se em função das limitações dos serviços de saúde da cidade de Foz do Iguaçu diante do aumento da demanda ocorrida pela presença de operários e profissionais que se instalaram no município, oriundos de diversas regiões do Brasil, e parte do Paraguai. Concluída a construção da Usina de Itaipu consequentemente, reduziu-se o número de trabalhadores que prestavam serviços à Itaipu Binacional, e o HMCC passou a apresentar capacidade ociosa (HMCC, 2013).

Para otimizar sua capacidade, a Itaipu decidiu estender os serviços hospitalares para toda a comunidade de Foz do Iguaçu, tendo para tanto, instituído em 1994, a Fundação de Saúde Itaipuapy (FSI), entidade de direito privado, sem fins lucrativos, responsável pela administração do hospital (HMCC, 2013).

Em 1996, atendendo aos anseios da comunidade regional, o HMCC passou a prestar serviços de cirurgia e internação, para os beneficiários do Sistema Único de

Saúde (SUS), tendo disponibilizado para este fim 47 dos seus 115 leitos, mediante convênio. Em 2003 atendia a traumas diversos pelo SUS, em Maio do mesmo ano, inaugurou o atendimento em Oncologia, e em junho deu início ao atendimento em cirurgia cardíaca também para os usuários SUS. Em seguida iniciaram-se os atendimentos às gestantes pelo SUS, e logo se buscou a certificação como um serviço de referência na gestação de alto risco (HMCC, 2013).

Em Janeiro de 2005 foi inaugurada a Casa Apoio que é destinada a pacientes em tratamento oncológico e acompanhantes residentes em outros municípios, oferecendo-lhes repouso, alimentação e higiene pessoal. Também em 2005, o HMCC recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, iniciativa do UNICEF e OMS com vistas a incentivar o Aleitamento Materno (HMCC, 2013).

Devido ao aumento da demanda, principalmente com usuários SUS, houve a necessidade de mudanças internas significativas na gestão da organização. Alguns desses importantes aspectos são relacionados a mudanças nos processos, as tomadas de decisão mais descentralizadas, desenvolvimento do corpo funcional e, sobretudo, um gestão mais aberta e humanizada em consonância com o equilíbrio econômico financeiro. Alguns outros pontos favoráveis descritos podem ser citados como o planejamento estratégico, a política de qualidade, que culminou na obtenção do título de Acreditação Hospitalar, fornecido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), primeiramente no ano de 2007, e posteriormente o título de Acreditado Pleno em 2012. Atualmente, busca-se o título de Acreditado com Excelência (HMCC, 2013).

Hoje o HMCC conta com 17. 865.95 m² construídos, compondo uma estrutura de 210 leitos, sendo disponibilizados para atendimento SUS 130 leitos, e para usuários particulares e convênios 80 leitos. Por esse motivo, em 2011 recebeu o título de entidade filantrópica, ou seja, sem fins lucrativos, e os lucros se os tiverem devem ser injetados na própria organização a fim de melhorias no atendimento (HMCC, 2013).

Possui um Centro Cirúrgico com 06 salas; Centro Obstétrico com 02 salas (uma parto e uma cirúrgica), com 15 leitos totais; UTI Neonatal com 13 leitos; UTI Geral com 10 leitos; UTI coronariana, bloco de internação SUS oncologia; bloco de

internação SUS cardíacos e renais; bloco de internação Alojamento Conjunto com 38 leitos (sendo 5 de enfermarias SUS com 4 camas cada quarto, 3 quartos enfermarias e 4 quartos de apartamento convênios e particulares); bloco particular/convênios enfermaria; bloco de internação particular/convênio apartamentos, setor de hemodinâmica; pronto atendimento; pronto socorro; centro clínico que atende a convênios e particulares ambulatorialmente; central de materiais esterilizados.

Conta ainda com todos os serviços de apoio, a saber: farmácia, cozinha, refeitório, clínica de oncologia, centro de oncologia (serviços de radioterapia, braquiterapia e quimioterapia), laboratório de análises clínicas, fisioterapia, odontologia, banco de leite humano, clínica de cardiologia SUS.

Há ainda outros serviços oferecidos, como o plano de saúde próprio, hemonúcleo, e serviços terceirizados como medicina hiperbárica, centro de diagnósticos por imagem, serviço de hemodiálise denominado Nefroclínica, odontologia, fisioterapia ambulatorial, clínica do sono e serviço de anestesia (HMCC, 2013).

O hospital está localizado na região norte da cidade, e é considerada uma empresa de grande porte, pois conta com a força de trabalho de mais de 1030 funcionários (HMCC, 2013).

4.2 Diagnóstico da Situação-problema

Para se pensar na integração entre as esferas de atenção à saúde, é necessário analisar a situação existente e planejar, ou seja, definir o *como fazer?* e *quais as condições para fazer?*, e por fim então se obter a situação desejada. Assim, é de extrema importância que os envolvidos nesse intento, cheguem a um consenso sobre o que fazer, para então, juntos enfrentarem os desafios impostos em prol da saúde dessa população (PARANÁ, 2013a).

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), realiza por mês, uma média de 350 partos, entre cirúrgicos e partos normais. Por ser referência Regional, atende várias mulheres, gestantes, parturientes ou puérperas encaminhadas de um dos nove municípios que a compõem, além do atendimento às gestantes de todos os demais níveis de estratificação provenientes dos cinco Distritos Sanitários do município de Foz do Iguaçu (HMCC, 2013).

O que se tem observado empiricamente é que as gestantes vêm referenciadas, porém com história de pré-natal incompleta, não realização de exames e, acabam por vezes, tendo complicações no final da gestação, ou mesmo no período do parto ou puerpério. Complicações estas por vezes poderiam ser evitadas se houvesse uma interação entre as atenções primária e terciária de saúde. De maneira a explorar pontos da assistência que necessitam de melhoria tanto na atenção básica quanto na hospitalar, e também pontos de intersecção que podem ser trabalhados com parceria de informação e de orientações (PARANÁ, 2012).

Atualmente em Foz do Iguaçu, existe um fio de sistema que interliga os prontuários municipais, com os do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, isto ainda não acontece com os prontuários do HMCC, assim neste Projeto Técnico Piloto, propõe-se iniciar pelas gestantes, puérperas e neonatos de risco, que foram referenciadas ao HMCC.

No projeto Saúde Foz do Iguaçu, quando o paciente chega até a UAP, inicia-se seu cadastro eletrônico, feito pelas recepcionistas, e posteriormente esses dados são validados pelo agente comunitário de saúde (ACS). Outra validação feita nesse

sistema informatizado é por um auditor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que valida os dados para autorização de procedimentos de alta complexidade (SAÚDE FOZ, 2013).

A integração entre os sistemas de atenção é importante, pois a troca de experiências entre diferentes níveis faz com que o raciocínio clínico reflexivo fique mais apurado, atingindo uma das metas da proposta do trabalho em rede. Acredita-se que o intercâmbio de informações auxiliará inclusive no preenchimento dos relatórios necessários à movimentação da paciente dentro do ambiente hospitalar.

O preenchimento da carteirinha do recém-nascido e da Declaração de Nascido Vivo (DNV) também podem tornar-se mais completos a partir de dados importados nos sistemas. Já para a atenção básica, o prontuário eletrônico, traria ao profissional que atenderá essa paciente, uma maior fidedignidade dos diagnósticos e nas terapêuticas utilizadas no ambiente hospitalar.

O HMCC não utiliza nenhum sistema para contra-referência destas mulheres que estiveram internadas e foram submetidas aos mais variados tratamentos e procedimentos, e que certamente necessitarão de uma maior vigilância e aporte de cuidados por profissionais da atenção básica. No retorno à atenção primária, algumas puérperas terão seus recém-nascidos para cuidar e muito provavelmente esses também foram classificados como de risco, e, portanto necessitarão de atenção especial, de um olhar atento e da vinculação garantida.

Mesmo não sendo um número expressivo quantitativamente, mas de grande importância qualitativa, nos últimos seis meses, como apontado nas Figuras 1 e 2, ocorreram menos de 7% de óbitos fetais. As situações que expuseram esses eventos podem ter sido geradas pela dificuldade de acesso ao serviço hospitalar, por atraso no atendimento ao parto, pela falta de informações à gestante sobre os possíveis problemas gestacionais, dentre outros fatores de significativos.

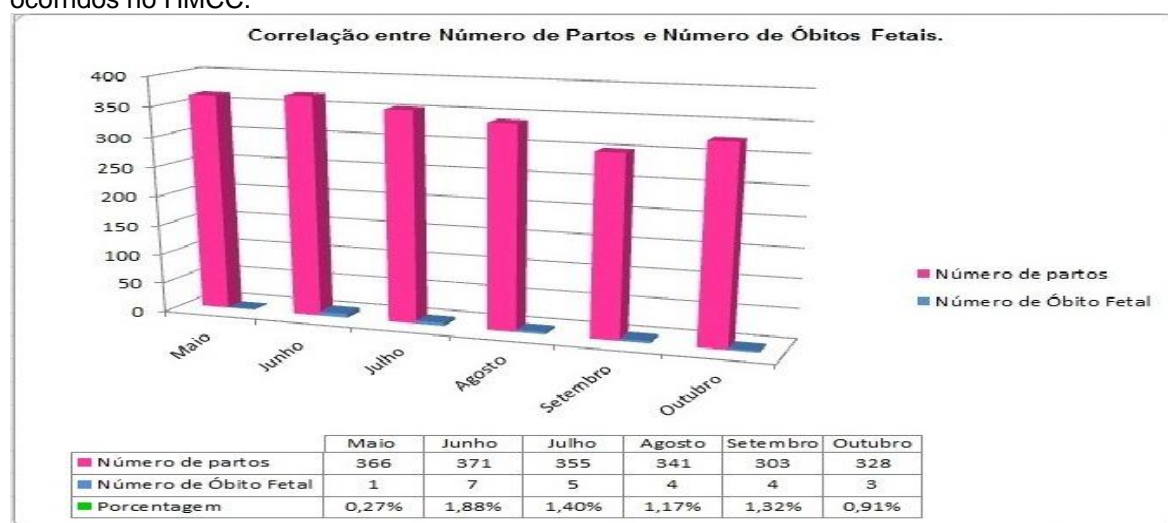
Também se ressalta que houve necessidade de 2,5% das mulheres parturientes serem encaminhadas à Unidade de Terapia Intensiva, o que pode ser entendido como situações de risco de vida aumentado para esta população (mulheres e crianças).

Nesta ilustração não se aponta a ocorrência da morte materna hospitalar, mas infere-se que muito provavelmente essas mulheres que necessitaram de UTI, poderiam ser entendidas como casos de *near miss*, ou seja, de quase morte. O que poderia ser evidenciado em uma investigação mais minuciosa de todas as circunstâncias contextuais e pessoais, além do atendimento ao processo de parturição, mediante coleta de dados registrados e de relatos verbais dos protagonistas, um trabalho que é legalmente obrigatório na ocorrência do óbito materno (MM), infantil (MI) e fetal (MF) e é conduzido pela Vigilância Epidemiológica e Comitês de Investigação dos Óbitos, Materno, Infantil e Fetal, quer sejam Estadual ou Municipais (BITTENCOURT *et al.*, 2013).

Consideram-se indicadores da saúde materna, a razão de mortalidade materna, e estes são dados importantes para avaliar a qualidade de vida de um país. Estudos demonstram que a maioria das complicações que as gestantes/parturientes/puérperas são consideradas evitáveis, e uma das estratégias é o acesso a serviços de saúde de qualidade e a uma assistência integral (BITTENCOURT *et al.*, 2013).

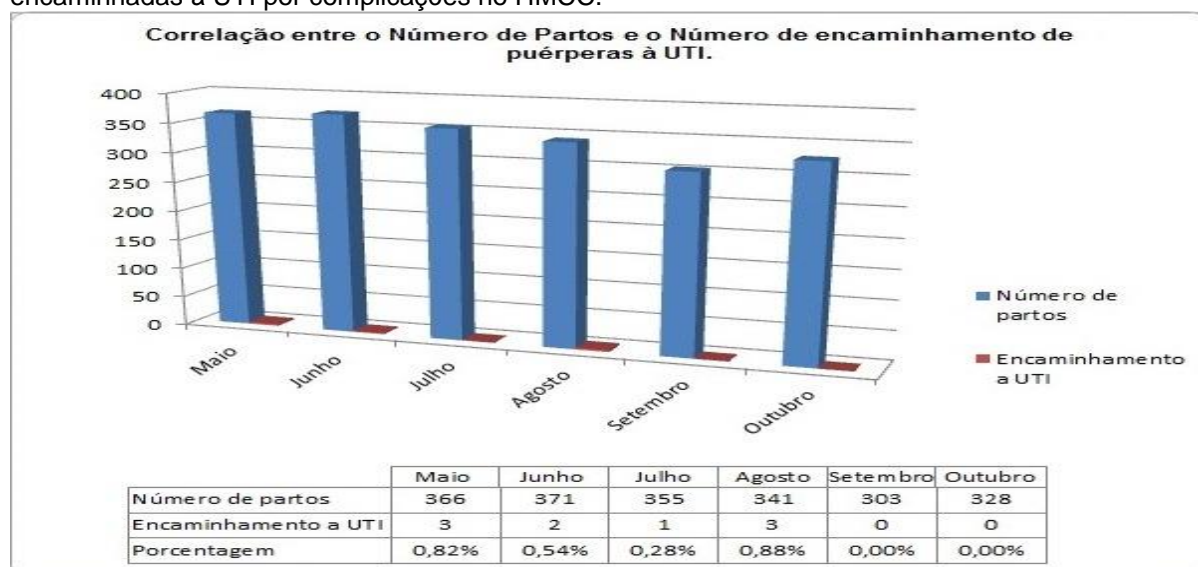
Nesta perspectiva, entende-se que a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal no Brasil, ainda constituem-se em um desafio para os serviços de saúde. Essas taxas devem ser trabalhadas por diversos atores sociais, a fim de garantir a implementação das políticas públicas nacionais e estaduais para este determinado público, respondendo assim as necessidades locais (BRASIL, 2007).

FIGURA 1 – Correlação entre o número de partos dos últimos 6 meses e o número de óbitos fetais ocorridos no HMCC.



Fonte de dados: cedidos Centro Obstétrico – CAGE do HMCC, 2013, trabalhados pela autora.

FIGURA 2 – Correlação entre o número de partos dos últimos 6 meses e o número de puérperas encaminhadas à UTI por complicações no HMCC.



Fonte de dados: cedidos Centro Obstétrico – CAGE do HMCC, 2013, trabalhados pela autora.

Em estudos realizados, percebeu-se que nas causas das MM, predominavam as obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas (BRASIL, 2007), causas estas que são as principais envolvidas no encaminhamento das puérperas e gestantes para a UTI no HMCC.

Sabe-se também que as causas de MM podem estar relacionadas a fatores biológicos como a hipertensão arterial; fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres estão expostas, especialmente aquelas consideradas de alto risco (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2007; BITTENCOURT *et al.*, 2013).

Portanto, afirma-se que a integração das informações entre as esferas de atenção à saúde certamente terá forte impacto na redução dos indicadores negativos de saúde, e propiciará o trabalho avaliativo mediado por indicadores de processos de assistência à saúde e de trabalho em equipe.

5. PROPOSTA

5.1 Desenvolvimento da proposta

Como sustentado até este Capítulo a proposta deste Projeto Técnico é de estreitar relações entre nível hospitalar e APS, mediante o intercâmbio de informações importantes para a continuidade do cuidado da gestante, parturiente, puérpera e seu filho. O Projeto prevê o desenvolvimento em três etapas conforme discriminadas abaixo.

Primeira Etapa:

- Haverá reuniões com os gestores dos níveis assistenciais (primário e terciário) como forma de avaliar os principais pontos de adequação em relação ao atendimento à gestante de alto risco;
- Nas reuniões serão utilizados estudos de caso para ilustração de brechas no atendimento, de maneira a evidenciar ambos os níveis de assistência;
- Será construída uma planilha-síntese da discussão discriminando os pontos de entrave, as possibilidades para sua resolução, o responsável pela condução da atividade, e aprazamento da ação;

Segunda Etapa:

- Acontecerão as reuniões com os enfermeiros (as) dos serviços de atenção primária e hospitalar visando o estreitamento do diálogo e a qualificação do cuidado à saúde materno-infantil;
- A proposta condutora será um processo de capacitação continuada estruturado com temas de pré-natal, parto e puerpério, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido;
- Ao emergirem os pontos de entaves, ou nós críticos do atendimento, na fala dos profissionais, os mesmos serão acrescentados à Planilha-síntese iniciada com os gestores, caso ainda não constem dela;

Terceira Etapa

- Proposta da integração tecnológica, ou seja, compartilhamento dos prontuários desse público em especial;
- Nesta etapa do Projeto prescinde-se de uma articulação ou interligação entre os prontuários das pacientes ao sistema local da atenção básica;

Maiores detalhes podem ser encontrados no capítulo da Metodologia.

5.2 Plano de Implantação

A implantação será realizada em três etapas a serem subdivididas em componentes.

A primeira etapa é a apresentação do projeto aos setores envolvidos. Secretário de Saúde, Direção do HMCC, Gerente da área materno-infantil, Supervisores de Distritos, e enfermeiros (as), a fim de verificar as dificuldades encontradas na troca de informações, propor e ouvir soluções, e então começar a gerenciar essa integração mediante um planejamento estratégico.

A segunda etapa envolve um processo reflexivo mediante capacitações junto aos enfermeiros (as) dos serviços de atenção primária e terciária.

As ações componentes da Primeira e da Segunda Etapas do Projeto Técnico são listadas a seguir:

- Reunir os diretores e gerentes de distritos para expor o projeto, ouvir sugestões e compor um Comitê Gestor do mesmo.
- Reunir os enfermeiros (as) dos dois níveis assistências a fim de ouvir suas solicitações e expor projeto já acrescido e ajustado de acordo com as sugestões da primeira reunião.
- Montar um cronograma de visitas mútuas tanto dos enfermeiros (as) e demais profissionais assistenciais do hospital, bem como dos da atenção primária, em seus locais de trabalho, a fim de conhecerem o fluxo de atendimento da demanda, e observar o modelo de atendimento desempenhado. Pretende-se

evidenciar o processo de trabalho utilizando-se da observação participante e exploratória, propiciando a expressão das dificuldades enfrentadas.

- Promover a interação do Comitê Gestor do Projeto Técnico com o Comitê Hospitalar de Prevenção da Morte Materna do HMCC, para discussão de mecanismos e estratégias de melhorias do atendimento em ambos os níveis de atenção à saúde da gestante, em especial as de alto risco. Pensando sempre no trabalho através de processos integrados.
- Promover estudos de casos, juntando os níveis de atenção a fim de identificar as brechas para a ocorrência das complicações, propor barreiras com vistas a garantir a integralidade e a segurança da paciente e de seu bebê. Nesta situação propõem-se a utilização de uma metodologia problematizadora.

Após essas integrações realizadas entre as instâncias de atenção à saúde, uma terceira etapa do Projeto Técnico, será a verificação dos sistemas de informática utilizada nos níveis primário e terciário, a fim de checar a compatibilidade e a possibilidade de disposição na nuvem, para posterior utilização. O teste para monitoramento seria com 10% da população atendida no HMCC, residentes em Foz do Iguaçu, caso ocorra, qualquer problema, este possa imediatamente ser resolvido.

Em todas as etapas é importante a participação da equipe multiprofissional que atendem a essas mulheres no ciclo gravídico puerperal em oficinas a fim de debaterem acerca de temas relacionados, baseados nos indicadores gerados pelo projeto e inserirem seus conhecimentos nas atualizações do projeto, para que o atendimento a esse público seja qualificado e integralizado em sua totalidade.

A partir dessas atividades alguns indicadores deverão ser elencados, como por exemplo, a diminuição no tempo de internação, a internação da gestante em tempo oportuno, e o uso de boas práticas de atendimento ao trabalho de parto e parto, além de outros a serem sugeridos pelos próprios profissionais envolvidos.

Na sequência, apresenta-se um Quadro esquemático que relaciona as atividades previstas:

Ação	Objetivo	Responsável	Participantes
Reunião com HMCC; PMFI; SAMU e Centro Materno Infantil.	<p>Buscar parceria ativa entre os envolvidos.</p> <p>Apresentar o projeto e adequar à realidade.</p> <p>Estreitar o diálogo entre as instancias envolvidas.</p> <p>Planilha-síntese com os principais entraves, ações para resolvê-los, responsável e aprazamento.</p>	Diretoria HMCC e Secretaria Municipal de Saúde	Diretores técnico e assistencial do HMCC, gerente da área materno-infantil, secretaria de saúde do município de Foz e gerentes distritais.
Reunião com os profissionais da atenção básica; SAMU e profissionais HMCC	Ouvir suas sugestões e trabalhar com a integração entre as esferas assistenciais, a fim de consolidar o sistema de rede.	Responsáveis dos níveis de atenção.	Enfermeiros (as) das UB, USF e da UTI Neo, CAGE e AC.
Montagem e execução do cronograma do projeto.	<p>Finalização da Planilha-síntese com metas e prazos para cumprimento das etapas.</p> <p>Promover visitas monitoradas para troca de experiências dos enfermeiros (as) e demais profissionais assistências.</p>	Diretorias juntamente com a equipe multiprofissional.	Equipe Multiprofissional.
Conhecer os sistemas de informação de cada instituição para verificar a possibilidade de adaptação ao projeto, ou propor o sistema integrado de informação – prontuário compartilhado.	<p>Verificar a possibilidade de adequação dos sistemas informatizados já utilizados por cada um dos níveis de atenção a fim de utilizá-los no projeto.</p> <p>Ou “criar” um programa que compartilhe o prontuário da mulher no sistema de rede.</p>	Responsáveis pela tecnologia da informação dos níveis de atenção à saúde.	Diretoria do HMCC e gerente da área TI e materno infantil, e TI do município.

Implantação e monitoramento da segunda etapa do projeto – HMCC – SAMU e PMFI	Iniciar o projeto na cidade de Foz do Iguaçu, em uma unidade específica, para avaliar sua eficácia e eficiência, bem como corrigir possíveis erros. Em seguida, implantar em toda cidade de Foz do Iguaçu.	Tecnologia da Informação;	Equipe multiprofissional dos diferentes níveis.
Avaliar a primeira implantação monitorar constantemente, bem como avaliar e reorganizar.	Avaliar os indicadores propostos e as fases já realizadas do projeto nas etapas anteriores, e realimentar os sistemas criando barreiras, processos e atividades que aumentarão à qualidade da assistência à gestantes, pautadas na estratégia Rede Mãe Paranaense.	Tecnologia da informação e gerente da área materno infantil e gerente do distrito sanitário.	Tecnologia da informação; Enfermeiros (as) dos níveis primários e terciários, direção do HMCC e PMFI.

Quadro 2: Relação das ações previstas no Projeto Técnico segundo seus objetivos, responsáveis e participantes, Foz do Iguaçu, Paraná, 2014.

Após a total adequação ao local inicial de implantação do projeto, HMCC, pretende-se sugerir a ampliação para as cidades que compõem a 9ª RS.

5.3 Recursos

Para o desenvolvimento deste Projeto Técnico são previstos demanda de recursos humanos e materiais discriminados a seguir, no entanto, acredita-se que não deverão impactar as instâncias envolvidas, pois com exceção das ações relativas à Terceira Etapa, as demais dependerão mais acentuadamente do planejamento e do envolvimento dos atores sociais já engajados em seus locais de trabalho.

Tipos de Recursos	Valores em Reais (R\$) / Discriminação da despesa
Recursos Humanos	R\$ 0,00
Valor total das despesas relativas a salários brutos, encargos e benefícios.	Não haverá outros gastos que não a manutenção salarial dos profissionais envolvidos, pois os mesmos já têm vínculo com os dois níveis de atenção à saúde, nas UBS no regime estatutário e no HMCC como CLT

	(Consolidação Leis do Trabalho).
Materiais de Escritório	R\$: 500,00
Despesas com materiais necessários para a realização das atividades do projeto.	Impressão do material necessário para as reuniões programadas.
Seminários, Eventos e Reuniões do Projeto	R\$ 0,00
Todas as despesas relativas aos seminários, eventos, reuniões, oficinas promovidas no/pelo projeto incluindo transportes e alimentação.	Quando houver a necessidade de um seminário envolvendo maior número de pessoas, ou mesmo a publicação dos dados em um seminário estadual ou nacional, haverá a cotação e socialização das custas entre os parceiros. As reuniões ordinárias planejadas deverão acontecer na sala de estudos do HMCC, com o <i>coffee break</i> oferecido pelo mesmo.
Despesas Mensais	R\$ 0,00
Instalações (prédio), material de uso e consumo, contas de água, luz, telefone.	Não serão necessários gastos nesse sentido, pois os profissionais estarão em seus próprios locais de trabalho.
Computadores e materiais de informática	R\$: 0,00
Idem acima	Idem acima
TOTAL DO PROJETO	R\$: 500,00

QUADRO 3 – Previsão Orçamentária do Projeto Técnico.

OBS: Não foi incluída nesta previsão de gastos a operacionalização da terceira etapa, que prevê a contratação de empresa especializada e previsão orçamentária à parte.

5.4 Resultados Esperados

A implantação de um sistema integrado de atendimento, que permeie tanto a atenção básica como a atenção hospitalar deverá proporcionar segurança de uma assistência integralizada e contínua à gestante, puérpera e neonato. Trará a luz um dos princípios constitucionais e da Lei 8080/90 em que se dispõe que a atenção à saúde deve ser baseada na saúde da população.

Espera-se melhorar os indicadores de morbimortalidade materna, neonatal e infantil por causas evitáveis; melhorar a adesão da população alvo ao pré-natal e ao puerpério, bem como a adesão das crianças a puericultura.

De maneira mais discriminada relaciona-se o impacto direto ou indireto da implantação desta proposta:

- Redução de gastos com o prolongamento de internações e com internações precoces para o parto;
- Redução dos gastos com medicação, em especial a ocitocina;
- Elevação do número de partos naturais;
- Redução de encaminhamento de puérperas à UTI por complicações;
- Melhoria na precisão do registro das informações na carteira de gestante e da criança;
- Maior adesão à consulta puerperal;
- Maior adesão ao aleitamento materno;
- Maior cobertura vacinal dos recém-nascidos;
- Diminuição da evasão para a realização do segundo teste do pezinho, quando realizado em tempo menor que 48 horas;
- Redução da taxa de óbito fetal;
- Menor taxa de reinternação materna e infantil por problemas evitáveis mediante orientações em saúde sobre cuidados necessários;
- Redução da morbi-mortalidade materna e infantil no município de Foz do Iguaçu.

Ressalta-se que a equipe de saúde da atenção básica, mediante a contra-referência terá subsídios para a continuidade do atendimento das puérperas que tenham tido algum problema durante a internação, orientando-as e monitorando-as.

Mediante a integração dessas esferas da rede de atenção à mulher e criança, e do conhecimento dos indicadores de saúde deste segmento populacional pode-se contribuir para a qualificação da assistência individualizada e integralizada.

5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Dentre os riscos previstos na operacionalização desta proposta de intervenção em suas diferentes etapas, incluem-se os riscos humanos, aqui entendidos como falta de pessoal qualificado para a implementação do projeto, a não qualificação do profissional que atende essa gestante, deixando muitas vezes a carteira de gestante incompleta, acarretando falha na assistência prestada.

Como medidas preventivo-corretivas registra-se a importância da realização de palestras, mesas redondas, oficinas a fim de sensibilizar para a importância dos registros na carteira da gestante, no prontuário da paciente, bem como o treinamento para a utilização e cruzamento dos dados em todos os seguimentos da rede de atenção à saúde.

Aliado a esta dificuldade, está o fato de muitos profissionais não entenderem ainda o que é gestão por processos, dificultando assim a execução dos indicadores, e suas linhas de tendência. Esse risco poderia ser prevenido com treinamento intensivo anterior à implantação do projeto.

Outro risco seria a demanda de papéis que ainda tem que ser preenchido de forma manual, tornando os afazeres dos profissionais repetitivo e exaustivo, considerando que por tratar-se de um projeto piloto sua aceitação deva ser livre. Para facilitar essa adesão, pretende-se esclarecer que o preenchimento manual poderá tornar-se eletrônico, ou seja, poderá ser a base para um futuro programa interligado, o qual facilitaria o trabalho de todas os níveis de assistência à saúde.

Não se pode deixar de apontar o risco econômico financeiro, para a concretização da terceira etapa, visto que atualmente o setor de informática está em constante atualização, que as peças eletrônicas e a sua manutenção preveem um aporte financeiro considerável. E também o investimento em constantes aprimoramentos, deve acontecer. Para minimizar esse risco, o Projeto deverá passar pela avaliação e, constar no plano do ano subsequente esta etapa.

Lembrando-se que o risco elétrico está presente, pois na possibilidade de queda de energia, deveria haver um gerador que mantivesse esses computadores ligados, a fim de que se possam consultar os dados da paciente. Pensando nesse tipo de problema, o hospital já possui o seu gerador próprio, porém, as unidades básicas de saúde, nem sempre contam com esse aparato.

Podemos averiguar ainda um risco eletrônico: Os riscos são de que nem todas as unidades de atendimento a atenção básica tenham disponíveis os equipamentos necessários a essa conexão, principalmente quando se fala em população rural. Isso poderia ser resolvido, demonstrando através de números a diminuição das complicações entre gestantes, puérperas e neonatos, quando se tem um perfil epidemiológico e sabe-se das causas determinantes sociais que envolvem a saúde de uma população.

Outro risco é a perda dos dados informados. Para tal, haveria que se realizar um backup dos prontuários, constantemente, como forma de responsabilidade sobre o que é informado.

6. Conclusão

Com a aplicação deste Projeto Técnico pretende-se contribuir de uma maneira prática e econômica, no sentido do gasto público e de tempo de serviço, contanto com uma base humana e informatizada já existentes, a consolidação da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, em Foz do Iguaçu, Paraná.

Pretende-se iniciar agrupando os esforços já feitos, de maneira fragmentada, e através deles propor situações de melhoria, e ter indicadores para que se possa trabalhar o gerenciamento por processos, propiciando que o mapa estratégico da Rede Mãe Paranaense, torne-se palpável em nosso cotidiano de trabalho.

Pensando no gerenciamento dos processos, ou dos fluxos, ou mesmo do trânsito humano-assistencial que ocorre na rede, ter um prontuário compartilhado entre todas as esferas de assistência a gestante significa assegurar a ela o direito da integralidade, que lhe é constitucionalmente devido. É demonstrar para a mulher que ela e seu filho são seres únicos, especiais e merecem toda atenção, cuidado e saúde, e que isso lhes é direito e dever do Estado.

7. REFERÊNCIAS

ABENFO. **Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras.** Assistência ao parto normal: Um guia prático (OMS, 1996). Disponível em <www.abenfo.redesindical.com.br/arqs/matéria/56_a.pdf> de 23/04/2009. Acesso em 20 de Janeiro de 2014.

BANDEIRA, I.C. **Análise das publicações sobre as atribuições da equipe de enfermagem na Estratégia Saúde da Família no Brasil, no período de 2006 a 2011.** Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde Pública. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10183/56815>> . Acesso em 26 de Janeiro de 2014.

BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos; DUARTE, Mayumi (org). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade.** Rio de Janeiro : FIOCRUZ, EAD/ENSP, 2013. 268 p., material ainda não disponível *on line* [acesso restrito].

BRASIL. **Lei n. 8080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://planalto.gov.br/civil_03/Leis/L8080> . Acesso em 10 de Setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 1459 de 24 de Junho de 2011 – Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.** Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 20 de Janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual da Gestação de Alto Risco.** Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília : Ministério da Saúde, 2000. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa Humanização do Parto – humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: MS, 2002. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e humanizada**. Manual técnico/ Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: MS, 2005. 158p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**/ Ministério da Saúde. 3 ed. Brasília: 2007. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, A. I. BARBOSA, P.R. **Políticas de Saúde: Fundamentos e diretrizes do SUS**. 2 ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, [Brasília]: CAPES: UAB, 2012.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**. 12 (4): 965-971, Outubro, 2007.

HMCC. **Hospital Ministro Costa Cavalcanti – Fundação de Saúde Itaipuapy**. Documentos internos departamentais. Sistema de Informação interna – Intranet, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. *Dados estatísticos de Foz do Iguaçu –PR em 2010*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 17 de Dezembro de 2013.

KUSCHNIR, R. C..*et all*. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 2ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC,[Brasília]: CAPES: UAB, 2012.

LAURENTI, R, MELLO-JORGE, M H P de & GOTLIEB, S L D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, vol.16, n.1, p. 23-30. Jan 2000. ISSN 0102-311X.

MELLO, F. **Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseado em Evidências). Universidade Federal de Pelotas – Departamento de Medicina Social. Rio Grande do Sul, 2013. 57p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**. Suplemento 4, 18, 2008.

MUNIZ, VANIA. **Mortalidade Materna no Paraná**. Quinquênio (2007 – 2011) – CEPMM -Pr. (Apresentação de Power Point). Disponível em <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?> Acesso em 20 de Outubro de 2013.

ONUBR – Organização da Nações Unidas no Brasil. **Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em <www.onu.org.br/index.php?s=8+objetivos+domilênio&x=0&y=0>. Acesso em 26 de Janeiro de 2014.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Relatório do Encontro Paranaense dos Gestores Municipais do SUS – Rede de Atenção no SUS**. Curitiba, 2 de Abril de 2013. Disponível em www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/rede_de_atencao.pdf Acesso em 10/09/2013. a

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Manual das oficinas do Curso de Gestão Hospitalar do HOSPSUS**. HOSPSUS: Hospitais Qualificados em todo Paraná. Curitiba: SESA, 2013b. 164p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA, 2012. Disponível em www.sesa.pr.gov.br Acesso em 23 Novembro de 2013.

PMFI – Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. Secretaria de Saúde do Município. Departamento de Atenção Básica. Disponível em www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/idMenu=34. Acesso em 21 de Janeiro de 2014.

SAÚDE FOZ. **Sistema de Saúde Foz (Codinome: Órion). Manual do Usuário 3ª Versão**. Secretaria de Tecnologia da Informação. Departamento de Engenharia de Software. Redação Alexandre Kraemer. Disponível em www.saudefoz.com.br. Acesso em 08 de Dezembro de 2013.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso 20 horas para equipes de maternidade/** Fundo das Nações Unidas para Infância. Organização Mundial da Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 276p.

VICTORA, Cesar Gomes (org). [et al]. **Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Editora Fiocruz, 2011. 196 p. (37-95)